

検収	月	日
検収者(課長等)	発注者確認	
		⑩

請求書

20 年度

月分

金額		百万		千		円
----	--	----	--	---	--	---

(金額はアラビア数字で頭部に¥をつけ訂正しないで下さい)

区 分	件 数	単 価	請 求 金 額	備 考
妊 婦 一 般 健 康 診 査	初 回	@	22,230円	円
	クーポン券	@	3,200円	
	2回目	@	5,060円	
	3回目	@	5,060円	
	4回目	@	9,840円	
	5回目	@	5,060円	
	6回目	@	5,060円	
	7回目	@	17,050円	
	8回目	@	5,060円	
	9回目	@	5,060円	
	10回目	@	8,760円	
	11回目	@	11,670円	
	12回目	@	5,060円	
	13回目	@	5,060円	
産 婦 健 診	1回目	@	5,000円	
	2回目	@	5,000円	
乳 児 一 般 健 康 診 査		@	6,280円	
乳 児 精 密 健 康 診 査		/		
新 生 児 聴 覚 検 査		@	円	新発田市内医療機関のみ請求可 その他は償還払
1 か 月 児 健 康 診 査		@	円	新発田市内医療機関のみ請求可 その他は償還払
1 歳 6 か 月 児 精 密 健 康 診 査		/		
3 歳 児 精 密 健 康 診 査		/		
計		/		

上記の金額を請求します。

年 月 日

委 託 医 療 機 関 等

所 在 地

名 称

代 表 者 氏 名

新発田市長 様

金 融 機 関 名	銀 行	支 店
預 金 の 種 類	普 通	当 座
口 座 番 号		
(フリガナ) 口 座 名 義 人		
連 絡 先 TEL	担当者名 ()	

印